

診療情報提供書（エコー検査依頼書）

申込日（FAX送信日）： 年 月 日

医療
法人

溪和会 江別病院

送付先FAX 011-382-2050

溪和会 江別病院 医療連携室 行 / TEL 070-1524-1977

受付：平日9:00-16:30 / 土(第1,3,5) 9:00-11:30

※FAXは24時間受信可能。受付時間以降は翌診療日に返信します。

紹介元 医療機関名

郵便番号

ご住所

医師名

TEL

FAX

フリガナ

性別

☐ 男 ☐ 女

年齢

歳

患者氏名

生年月日

年

月

日

電話番号

(※携帯電話番号を優先してご記入ください)

▶ 受診（検査）日の調整方法 ※いずれか一つをお選びください

日程のご希望： ☐ 当院にお任せ / ☐ できるだけ早い日を希望☐ ① LINEで当院と患者様が直接調整【おすすめ】

QRコードから当院LINEを友だち追加いただき、「受診日の調整」からご希望日の入力をご案内ください。

↑ LINE公式アカウント

☐ ② お電話で調整（LINEのご利用が難しい方向け）

医療連携室より患者様へ来院日時をお電話します（2診療日程度）。患者様には当院からの電話をお待ちいただくようご案内下さい。

☐ ③ 貴院経由で調整（貴院で希望日を聞き取り→当院が調整→貴院から患者様へご連絡）☐ 希望日・不都合日なし

患者状況

☐ 外来で待っている ☐ すでに帰宅

第一希望

第二希望

不都合日

▶ 臨床情報（病名・検査目的）

病名（主訴）

病状・検査目的

記入欄が不足する場合は
別紙に御記入ください

▶ 検査内容（下記より1つ選択ください）

心臓

☐ 心エコー（経胸壁）

腹部

☐ 腹部（肝・胆・膵・腎・脾）☐ 泌尿器・骨盤（腎・膀胱・前立腺・子宮・卵巣 等）

血管

☐ 頸動脈 ☐ 下肢動脈 ☐ 下肢静脈 ☐ 上肢動脈 ☐ 腎動脈

乳腺

☐ 乳腺

甲状腺

☐ 甲状腺

その他

☐ ()

特記事項

CD-ROM

☐ 必要 ☐ 不要

●腹部エコーおよび腎動脈エコーの際は、検査前4～6時間の絶食をお願いします（飲水は可能です）。膀胱・下腹部エコーは、尿が溜まった状態が必要です。検査1時間前以降は排尿をお控えください。それ以外のエコー検査に食事制限はありません。